

N. 78

Contribution à l'Étude
DES
ADHÉRENCES
DU
GRAND ÉPIPLOON

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 26 JUILLET 1905

PAR

Jean GAZAGNES

Né à Valros (Hérault)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE MESSIET ET JEANJEAN

14-16, Rue des Etuves, 14-16

1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*)..... DOYEN
TRUC..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (*).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie.....	GRYNFELTT.
— — M. GUÉRIN (ch. du cours).	
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	H. BERTIN-SANS.

PROFESSEUR-ADJOINT : M. RAUZIER.

DOYEN HONORAIRE : M. VIALLETON.

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. JAUMES, PAULET (O.*), E. BERTIN-SANS (*)

SECRÉTAIRE HONORAIRE : M. GOT.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements.....	MM. VALLOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards...	RAUZIER, agrégé libre.
	Professeur-adjoint.
Pathologie externe.....	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale.....	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE	MM. VIRES	MM. SOUBEIRAN
DE ROUVILLE	VEDEL	GUELIN
PUECH	JEANBRAU	GAGNIERE
GALAVIELLE	POUJOL	Ed. GRYNFELTT
RAYMOND	ARDIN-DELTEIL	

M. IZARD, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TÉDENAT, président.
BOSC.
JEANBRAU.
SOUBEIRAN.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

S. GAZAGNES.

THE FIRST PART OF THE

A NEW METHOD

OF THE ART OF

A NEW METHOD OF THE ART OF

BY GAZARD

AVANT-PROPOS

A la veille de franchir le pas qui va nous enlever à la vie si facile d'étudiant, il est pour nous un bien doux devoir de remercier tous nos maîtres de la Faculté de médecine de Montpellier, de l'intérêt qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer pendant nos études.

Mais il est certains d'entre eux à qui nous devons une plus large part de reconnaissance.

Nous remercions tout particulièrement M. le professeur Carrieu comme élève, pour les leçons si éclairées qu'il nous a données au lit du malade, pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous montrer et dont nous avons eu encore une preuve lors de notre dernier examen clinique. Nous le remercions encore comme malade, pour les soins qu'il nous a donnés pendant deux années et qui nous ont permis d'apprécier par nous-même la bonté qui rend ce maître si sympathique.

Nous remercions aussi, et au même titre, M. le professeur Tédénat.

Depuis longtemps ami de notre famille, il s'est intéressé à nous, nous a donné des conseils qui nous ont toujours profité.

De ces leçons cliniques, faites sans morgue, où il considère ses élèves comme des égaux, nous avons retiré un grand profit, et c'est là que nous avons appris ce que nous savons de pratique chirurgicale.

M. le professeur agrégé Soubeyran nous a toujours montré avant et après son agrégation une bienveillance, nous dirons presque une amitié dont nous le remercions vivement.

Nous n'oublierons pas non plus M. le professeur agrégé Ardin-Delteil pour l'intérêt qu'il nous a témoigné. Nous avons beaucoup appris à ses leçons auprès des malades des consultations externes à l'Hôpital Général.

Mais il n'est pas qu'à nos maîtres à qui nous témoignons le regret de les quitter ; nous remercions aussi nos amis de la sympathie qu'ils nous ont toujours montrée.

Il est certain que « Mazet, lou camèu » restera toujours dans notre mémoire. Nous souhaitons que l'intimité qui unit ses membres soit toujours la même, que nos relations ne cessent jamais.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
ADHÉRENCES DU GRAND ÉPIPLOON

INTRODUCTION

On connaît depuis longtemps déjà les troubles provoqués par les adhérences du péritoine.

Tous les chirurgiens, en effet, ont eu l'occasion de voir après des laparotomies, pratiquées cependant d'une façon aseptique, leurs malades se plaindre de malaises, de troubles, de douleurs. Des opérations exploratrices, des autopsies ont permis de se rendre compte que des adhérences péritonéales étaient le plus souvent la cause de ces troubles.

L'hystérie, l'épilepsie et des névroses très compliquées ont été du même coup écartées de l'étiologie de ces maladies et on a fait intervenir le bistouri, là où les moyens thérapeutiques étaient uniquement des sédatifs du système nerveux.

Plus tard, on a remarqué qu'une opération préalable n'était pas nécessaire pour provoquer ces adhérences, et

que des inflammations, soit des organes génitaux chez la femme, soit des organes digestifs dans les deux sexes, étaient elles aussi capables de les produire.

De nombreux travaux ont à ce moment même paru sur la question. Crédé (1), au seizième Congrès des chirurgiens allemands, s'occupe de la question et fait paraître son article sur le traitement chirurgical des coliques chroniques graves. Après lui en France Terrier, Nicaise, dans un article de la *Revue de chirurgie*, 1894 ; en Allemagne, Riedel, Lauenstein ; en Amérique, Tappey, dont les travaux ont été résumés dans la thèse de Bouquet de Jolinières, ont enrichi la question d'observations nouvelles et de traitements divers.

Tout près de nous enfin Terrier, Duplay, Condamin, Graser, Roux (de Lausanne), Naoumoff, Bouveret éclairent le diagnostic des adhérences. Les thèses de Jacques, de Lloppet, de Durand et le tout récent article de Lejars ont résumé tout ce qui avait été dit.

Mais, dans tous ces travaux, les adhérences péritonéales ont été traitées d'une façon générale ; aussi M. le professeur Tédénat nous a-t-il donné l'idée de tenter dans notre thèse inaugurale des adhérences de l'épiploon, qui sont d'ailleurs les plus importantes et celles qui peuvent donner lieu à des troubles les plus graves.

Nous n'avons pas la prétention de faire ici une œuvre originale, mais nous tâcherons de réunir et de résumer tous les documents parus sur les adhérences épiploïques. Nous ajouterons quelques observations dues à l'obligeance de M. le professeur Tédénat.

Nous le remercions encore une fois des secours qu'il nous

(1) Pour tous ces noms d'auteurs, voir à la Bibliographie.

a apportés pour la rédaction de ce travail ainsi que l'honneur qu'il nous fait en voulant accepter la présidence de notre thèse.

ADHERENCES DU GRAND EPIPLOON

Les adhérences contractées par l'épiploon avec les organes qui lui sont contigus ont des causes multiples. Avant d'entrer dans le détail de cette étiologie, on peut diviser les adhérences en deux grands groupes : celles qui surviennent sans cause opératoire primitive et celle dont une opération sur l'abdomen a été le point de départ. Cette division, utile pour arriver plus facilement au diagnostic, est d'ailleurs factice, puisque les formes que ces adhérences affectent dans les deux cas sont les mêmes, qu'elles ont les mêmes symptômes et la même évolution.

Les formes de ces adhérences sont multiples, et Nicaise, dans son remarquable article paru dans la *Revue de chirurgie* en 1894, les classe de la façon suivante. On rencontre d'abord dans le cours de laparotomies ou d'autopsies des adhérences récentes dépendant d'une inflammation aiguë. Celles-ci n'ont aucune structure, ne sont pas organisées et

sont les résidus fibrineux d'un processus morbide rapide. Elles ne nous occuperont pas, car à ce moment de leur évolution, elles sont secondaires à une affection beaucoup plus grave et n'ont pas de symptômes propres.

On voit encore des adhérences anciennes qui sont organisées, ont une consistance fibreuse et peuvent, alors qu'une inflammation ou tout autre cause a disparu, constituer à elles seules une maladie. Les unes sont formées d'un tissu mince, celluleux, lâche, ayant une consistance très faible, se laissant très facilement déchirer sous le doigt; les autres sont filamenteuses, membraneuses, beaucoup plus épaisses que les précédentes, mais allongées et ne tenant pas les parties en contact immédiat; d'autres enfin sont intimes, plus ou moins étendues et soudent entre elles les parties qu'elles unissent.

L'épiploon peut encore pour ainsi dire adhérer à lui-même; il est alors ramassé, ratatiné, ses diverses portions sont réunies entre elles par des brides qui se rétractent. Il se forme alors un amas dur et bosselé qui en impose pour une tumeur néoplasique.

Toutes ces formes peuvent se rencontrer chez le même malade, et des soudures intimes d'une étendue très large existent à côté de longs filaments, de brides très ténues qui relient entre elles des parties très éloignées.

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Après ces quelques considérations sur les formes des adhérences épiploïques, il faut maintenant nous occuper de leurs causes et de leur mode de formation.

La plus importante de ces causes est l'infection.

Quand une séreuse se trouve en présence d'un processus infectieux, elle réagit immédiatement par une inflammation d'autant plus intense que l'agent microbien est plus virulent.

L'épiploon, plus que tout autre séreuse, est apte à s'enflammer au contact d'une infection.

La plèvre, le péritoine pariétal, le mésentère, plus ou moins fixes dans leur position, attendent que l'infection vienne vers eux et y ait amenée par les lymphatiques. L'épiploon, lui, grâce à sa susceptibilité plus grande, à cause des mouvements qu'il effectue dans la cavité abdominale, va au-devant de l'infection et se présente à elle pour la limiter. Il

a des affinités particulières pour se diriger vers les endroits enflammés et mal protégés (1).

Il peut se mouvoir dans tous les sens dans la cavité abdominale : de haut en bas, de bas en haut et dans le sens transversal. Il n'est pas jusqu'aux mouvements de torsion qu'il ne puisse effectuer.

Cette mobilité excessive n'est pas du tout régie par les lois de la pesanteur; on la voit s'exercer avec une espèce d'affinité, d'intelligence ainsi que le dit le professeur Cornil.

Comment l'épiploon peut-il se mouvoir ainsi librement dans la cavité abdominale? Sa structure est celle des séreuses, et ne présente nulle part des fibres musculaires éléments actifs de motilité. Le professeur Cornil émet pour expliquer ces mouvements deux hypothèses. Ou bien il s'agit de la reptation de la membrane due à la contraction très lente de son protoplasma, ou bien d'une mobilité passive due au péristaltisme de l'intestin. Ce qu'il y a de plus étonnant, c'est qu'une sorte d'intelligence préside à ces mouvements, et que ceux-ci se font manifestement pour entraîner la séreuse vers un but déterminé. A ce propos, il est bon de rappeler l'histoire d'un malade que le professeur Valleix (de Lyon) vit dans son service de l'Hôtel-Dieu.

C'était un homme qui avait reçu dans la poitrine un coup de couteau qui avait traversé le cul-de-sac pleural gauche, le diaphragme, et fit une ouverture au péritoine qui tapisse la face inférieure du dôme diaphragmatique. Ce malade fut pansé, et au renouvellement du pansement, le chirurgien fut très étonné de rencontrer sous le coton du pansement

(1) Milian, *Gazette des Hôpitaux*, 1899.

une masse molle qui n'était autre chose que l'épiploon hernié à travers la paroi thoracique.

Ce fait légitime très bien la comparaison que faisait Cornil quand il disait que l'épiploon avait dans ses mouvements l'intelligence des leucocytes. Ceux-ci suivent et englobent les microbes suivant la virulence de ces derniers; l'épiploon agit comme eux, et on peut dire avec le savant professeur qu'il y a une chimiotaxie de l'épiploon comme il y a une chimiotaxie du leucocyte.

C'est grâce à cette chimiotaxie que l'épiploon tend à se porter dans les régions même extra-abdominales où règne l'infection. C'est donc un organe de défense essentiel de la cavité abdominale, soit par la grande quantité de leucocytes nés dans ses amas lymphatiques et versés dans la cavité péritonéale au point menacé, soit à cause de sa mobilité qui lui permet d'oblitérer les plaies pariétales ou viscérales de l'abdomen.

L'épiploon étant sensible et pouvant se mouvoir, on peut concevoir assez facilement, en s'aidant de la notion de chimiotaxie positive et négative, l'organisation de ses adhérences.

Une infection du petit bassin se produit, et c'est le plus souvent une infection post-puerpérale, annexite ou métrite, l'épiploon est sollicité par les microbes et il s'étale; il vient même, si l'infection est notable, constituer une adhérence, pour limiter le processus et faire entrer en lutte les leucocytes qu'il contient. L'infection vient-elle à augmenter dans l'utérus, la trompe ou l'ovaire, l'épiploon adhérent est prêt à recevoir une part de l'inflammation des annexes, une épiploïte est alors constituée.

Toutes les infections sont aptes à provoquer cette adhérence et plus tard une épiploïte secondaire. Beaucoup de

nos observations montreront que des ulcères ronds de l'estomac, des cholécystites, des néoplasmes de toute sorte, des kystes de l'ovaire, peuvent provoquer des adhérences du grand épiploon.

Il serait maintenant intéressant de connaître le mode de formation de ces adhérences ainsi que leur évolution.

Elles sont dues à un processus nommé depuis longtemps « l'inflammation adhésive ».

Quand une séreuse est le siège d'une inflammation, le premier phénomène est la mortification des couches superficielles des cellules et la chute de l'épithélium, mais le premier stade se traduit par la formation d'un exsudat qui tapisse complètement la surface enflammée. Si à ce moment-là on examine la séreuse, on s'aperçoit qu'elle est rouge et qu'au lieu d'être lisse, elle est rugueuse et dépolie; le doigt, en grattant légèrement, ramasse de petits amas rougeâtres. On voit aussi apparaître une substance molle, élastique, qui forme une membrane très peu adhérente. Quelquefois aussi, à cet exsudat solide s'ajoute un exsudat liquide dans lequel flottent des flocons opaques plus ou moins épais.

Cet exsudat, qui renferme une substance fibrinogène, se coagule. Sa coagulation a lieu, Virchow a fait des expériences qui le prouvent, quand il est au contact soit de l'air, soit des globules rouges, soit du sérum sanguin. Plus cet exsudat augmente, plus le liquide devient rare et plus les masses se réunissent pour former les lames fibrillaires et les filaments.

Les mêmes phénomènes se produisent sur les deux surfaces viscérales et pariétales de la séreuse, qui sont recouvertes de substances identiques, d'où la production d'adhérences.

On a alors entre les deux lames une espèce de tissu spon-

gieux qui, par lui-même, n'a aucune vitalité ; mais, à ce moment, dans ce squelette de fibrine paraissent des vaisseaux embryonnaires entourés d'une fine couche de tissu conjonctif jeune. La fibrine forme une trame à mailles grossières et irrégulières ; de nouveaux vaisseaux cheminent dans leurs interstices. Ces vaisseaux sont caractérisés par la grandeur de leur lumière et la ténuité de leur paroi. Dans ces réseaux, dans ces vaisseaux à gros calibres, la pression sanguine est relativement plus considérable que dans les capillaires qui leur fournissent le sang. Cet excès de pression favorise l'exsudation, et la nutrition de l'adhérence se fait d'une façon plus active.

La fibrine se résorbe peu à peu et le tissu embryonnaire devient adulte, ce qui fait que les adhérences, d'abord molles et très-vasculaires, sont constituées par du vrai tissu conjonctif adulte. Le résultat de tout ce processus assez compliqué est dès lors facile à comprendre et on s'explique la formation de ces ligaments étendus entre les deux feuillets de la séreuse.

Il n'y a pas que les infections qui peuvent réaliser des adhérences épiploïques, d'autres causes les produisent également et parmi elles les plus importantes sont les traumatismes de l'abdomen et les opérations qui touchent à l'épiploon.

Lejars cite plusieurs cas de traumatismes comme causes d'adhérences et entre autres celui-ci est démonstratif :

Un homme de trente-cinq ans, ayant toujours eu une santé parfaite, tombe d'une hauteur de 12 mètres, Il se fait quelques contusions dont il souffre peu de temps et croit avoir la force de reprendre son travail. Après la première journée, il ressent des douleurs épigastriques très vives qu'il n'attribue à rien de précis. Lejars le revoit alors.

L'examen local ne révèle rien de net et les douleurs persistant, on se décide à faire une laparotomie exploratrice. On découvre alors des adhérences parties de l'épiploon et croisant la région pylorique. On les excise, le malade guérit et ne souffre plus. Crédé cite le cas d'une femme de cinquante ans qui n'avait aucun antécédent, mais qui avait reçu plusieurs traumatismes de l'hypocondre et du flanc droit.

Depuis quelque temps elle souffre de coliques et a des accès de constipation opiniâtre. L'examen révèle en dessous du bord droit du sternum une zone assez grande d'induration. La laparotomie découvre une masse fibreuse fournie par l'épiploon. On libère cette masse et les phénomènes douloureux cessent. Noack relate aussi le cas d'un soldat qui reçoit dans l'abdomen un coup de baïonnette porté avec la partie mousse de l'arme. Il reste deux semaines au lit ; après ce temps il peut reprendre son travail. Deux ans après et sans cause, il sent des douleurs à l'endroit où il a été frappé et ces douleurs finissent par devenir intolérables. Une constipation opiniâtre s'installe en même temps. La laparotomie montre des adhérences nombreuses très résistantes, très courtes, reliant la paroi abdominale à l'épiploon. On détruit ces adhérences ; les accidents disparaissent. Ce malade revu dix ans plus tard se maintient dans un excellent état de santé et jamais plus, dit-il, il n'a ressenti la moindre douleur à l'endroit traumatisé. On voit donc qu'un traumatisme relativement bénin peut être suivi à longue échéance d'adhérences épiploïques donnant lieu à des symptômes graves. Ces adhérences, ce n'est pas douteux, ne figurent qu'un reliquat, elles traduisent un processus post-traumatique mal déterminé.

Graser admet que sans aucune réaction septique ou inflammatoire le simple contact de deux surfaces périto-

néales contuses et traumatisées suffit à créer entre elles des adhérences. Cependant il est vraisemblable que le choc, même sans ruptures graves, provoque le plus souvent de petites fissurations, de petits hématomes qui sont autant de foyers de phlegmasie chronique secondaire. L'ulcère traumatique n'est pas invraisemblable dans quelques cas de très graves traumatismes.

Les laparotomies faites dans un but quelconque sont aussi une grande cause d'adhérences épiploïques. Le plus souvent l'infection portée par des compresses ou des doigts septiques est la cause de ces adhérences, et nous l'avons déjà étudiée. Mais quelquefois, malgré le plus grand souci d'asepsie, tous les chirurgiens ont vu des adhérences se former après des opérations ayant intéressé l'épiploon. Un grand nombre d'observations relatent ce fait ; comment l'expliquer ?

Müller avait compris que l'infection était la principale cause d'adhérences, aussi songe-t-il à lutter contre ces accidents post-opératoires en se faisant le défenseur d'une méthode où il préconise l'emploi de solutions antiseptiques dans le péritoine. Il proscriit de plus les bandages trop compressifs, les accusant de maintenir trop longtemps en contact deux mêmes parties de la séreuse. Des expériences nombreuses furent alors tentées, et O'Balinski, en opérant sur des lapins, fut amené à conclure que les liquides aqueux sont résorbés très rapidement et qu'au lieu d'empêcher la formation d'adhérences, ils semblent au contraire la favoriser. Il essaie les liquides oléagineux qui lui paraissent empêcher la formation d'adhérences, mais ils provoquent des péritonites par irritation. Il en arrive à cette conclusion que l'absence complète de liquide dans le

péritoine est le plus sûr garant de la non-formation d'adhérences.

Kelterborn remarque en faisant des expériences sur des chiens et des lapins que les adhérences se forment au niveau des endroits cruentés.

Waltherd accuse le contact prolongé de l'air atmosphérique avec le sérum de provoquer la mort des couches superficielles des cellules qui, comme nous l'avons vu, est aussi le premier phénomène d'adhérences dans le cas d'inflammation. Aussi conseille-t-il pour éviter les accidents de renoncer à l'asepsie sèche et de recouvrir de compresses humides non seulement le champ opératoire, mais encore les parties de la séreuse qui pourraient se trouver en contact avec l'air.

Müller donne la première place à des manipulations violentes qui lèsent l'épithélium de l'intestin et qui, amenant de la paralysie, favorisent les adhérences avec l'épiploon. L'irritation en agissant mécaniquement peut donner lieu à des adhérences sans traces de péritonite infectieuse.

Tavel signale encore les causes chimiques. Certaines substances toxiques filtrant de la cavité intestinale dans le péritoine, dans le cas de volvulus et de pérityphlite, donnent quelquefois naissance, sans le concours d'aucun microorganisme, à une péritonite locale, et secondairement à la formation d'adhérences. Celles qui sont dues à l'emploi d'antiseptiques trop énergiques sont de même nature. Il faut aussi insister d'une façon particulière sur les adhérences favorisées par une hémostase imparfaite. Waterhouse inocule le staphylocoque doré en suspension dans de l'eau distillée sans infecter la séreuse; il ajoute du sang et une infection éclate, l'animal meurt de péritonite. Ceci montre bien que les germes pour se développer ont besoin d'un milieu de culture

favorable et le sang est le meilleur qu'on puisse leur fournir. Cette influence du milieu de culture favorable réalisé par les collections sanguines est mise en relief par l'expérience que M. Tédénat a reproduit plusieurs fois en 1878. Il faisait passer directement le sang d'un chien dans la cavité péritonéale d'un autre chien. Il injectait ensuite dans le tissu sous-cutané des cultures de staphylocoques et de streptocoques. Les chiens témoins avaient des abcès qui ne causaient pas leur mort ; une péritonite purulente se développait dans le péritoine du chien qui avait reçu le sang.

Une autre cause d'adhérences est l'électricité appliquée comme traitement des myomes et des fibromes utérins. Ce traitement est fort usité en Amérique et donne quelquefois des succès ; mais quand il a échoué et qu'une opération s'impose, les chirurgiens ont remarqué que ces tumeurs avaient contracté plus d'adhérences que les autres qui n'avaient pas été soumis au traitement électrique.

Une dernière cause ou plutôt une prédisposition à réaliser des adhérences est l'alcoolisme. Son influence sur la production de phénomènes d'irritation chronique partielle du péritoine est la raison qui les provoque.

Nous l'avons vu après cette courte étude des causes de l'affection qui nous occupe, les adhérences de l'épiploon se font dans un bon but.

C'est le plus souvent pour limiter une infection, la circonscrire, empêcher qu'une péritonite partielle ne se généralise.

SYMPTOMES

Si les adhérences se bornent à remplir la fonction de barrage, d'enkystement, en un mot si elles ne font qu'œuvre utile et disparaissent après, elles sont l'un des meilleurs agents de la thérapeutique naturelle, et le chirurgien n'a qu'à se louer de leur concours.

Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et douleurs abdominales, accidents fonctionnels sont bien souvent causés par elles. Quand elles compliquent tumeur, ulcère, lésion inflammatoire, elles ne sont qu'au second plan, mais elles ne sont pas négligeables ; souvent certaines interventions palliatives n'ayant pour but que de les détruire sont indiquées et bienfaisantes.

Plus d'un cancéreux inopérable a vu cesser ses souffrances, a pu avoir un fin plus douce grâce à la libération d'adhérences qui unissaient sa tumeur au grand épiploon. Mais ces cas sortent de notre sujet, et nous n'étudierons ici

que les symptômes de brides épiploïques existant seules et faisant toute la maladie.

Il est certain que beaucoup d'adhérences passent inaperçues et n'offrent pendant la vie aucun symptôme ; elles restent latentes et ce n'est qu'à l'autopsie du sujet mort d'une affection intercurrente qu'on a pu constater leur présence.

Or il est à remarquer que ces adhérences peuvent être aussi étendues que celles des sujets qui présentent des troubles si graves qu'une laparotomie s'impose. Quelle est donc la cause qui fait qu'une adhérence passe inaperçue chez l'un et donne lieu chez l'autre à des symptômes alarmants ? On a souvent tendance à incriminer une disposition spéciale du sujet, l'hystérie, l'hypocondrie, en vertu de laquelle il réagit contre une cause d'excitation qui demeure sans effet chez un individu normal. Cela peut être vrai dans quelque cas, mais on a été sans doute porté à abuser de cette explication, et les résultats thérapeutiques montrent qu'en général les accidents dus aux adhérences peuvent s'expliquer par une disposition particulière de celles-ci, telle que le fonctionnement des organes se trouve gêné ou produit des tiraillements (1).

L'épiploon pouvant adhérer pathologiquement à la paroi abdominale, à l'estomac, à l'intestin, au foie, à la vésicule biliaire et aux organes du petit bassin, nous passerons successivement en revue les symptômes auxquels les adhérences donnent lieu dans tous ces cas.

Cette division est toute factice, car il n'est pas rare d'ob-

(1) Nové-Josserand et Goinard, *Lyon Médical*, 1897.

server en même temps chez les mêmes malades des adhérences à la vésicule par exemple et à la symphyse du pubis. Elle est utile pour classer ces symptômes.

Quand l'épiploon adhère à la paroi abdominale, c'est le plus souvent après un traumatisme ou une laparotomie. Les adhérences sont alors courtes mais larges et provoquent de la douleur. Celle ci est persistante, ne présente pas le plus souvent d'exacerbations et s'accompagne de sensation de tiraillement de la paroi. Elle ne dépasse pas de beaucoup la région de l'adhérence et ne présente pas d'irradiations. Ce n'est que sa continuité qui exaspère le malade et le décide à une opération. La palpation ne révèle que peu de chose, quelquefois un peu d'induration de la paroi qui à ce niveau paraît moins mobile et moins souple qu'à un endroit sain.

Les adhérences se fixant sur l'estomac ont été bien étudiées par M. Bouveret. Les symptômes auxquels elles donnent lieu sont de la douleur qui est ici un fait constant bien qu'elle n'affecte pas toujours les mêmes caractères. Elle est vive, constrictive, siégeant au niveau du creux épigastrique, s'irradiant dans les fosses iliaques droite et gauche, à gauche surtout dans les lombes, quelquefois paroxystiques quand le malade se penche en arrière. Ces douleurs peuvent survenir à jeun, et ceci n'a rien d'étonnant car on a démontré que l'estomac se contracte même à vide. La continuité des douleurs est par le fait expliquée, et certains auteurs, notamment M. Bouquet de Jolinières, en concluent que, si les malades ne souffrent pas à jeun, c'est que les adhérences de l'épiploon qui tiraillent l'estomac sont lâches, cellul'euses, qu'elles se laissent distendre et que le tiraillement n'est pas assez violent pour provoquer la douleur.

L'influence de l'épiploon tirant sur l'estomac dans la production de phénomènes gastriques douloureux est bien démontrée encore par ce fait cité par Bazy :

Une femme de 39 ans le fait appeler pour des accidents d'étranglement datant de la veille. Cette dame était depuis plusieurs années soignée pour des douleurs d'estomac. Elle avait consulté plusieurs médecins qui lui avaient ordonné sans aucune espèce de succès toutes sortes de régimes et de médicaments. Elle vomissait continuellement, et en était arrivée à ne rien supporter, même le lait. Elle était très maigre et très anémiée. La dilatation d'estomac était considérable.

OPÉRATION. — On trouve un étranglement à vives arêtes. La pointe de l'intestin hernié est réduite, mais on trouve en même temps une frange épiploïque adhérente au fond du sac qui est réséqué après ligature. Guérison rapide. Après l'opération le chirurgien observe la disparition complète des troubles gastriques ; la malade, au bout de trois mois, était absolument métamorphosée, rajeunie de dix ans. Je ne puis m'empêcher, ajoute l'auteur, d'établir une relation entre la destruction de cette adhérence épiploïque et le retour à la santé. J'avais fait cesser les tiraillements de l'estomac, j'avais guéri cette dilatation mécanique (1).

Comme le montre ce cas de Bazy, on voit que les douleurs surviennent le plus souvent après que l'estomac a reçu des aliments et que les douleurs ne sont pas les seuls troubles causés par ces adhérences. Les vomissements sont ceux qu'on observe le plus fréquemment. Ils mettent ordi-

(1) Bazy, cité par Llopet (Thèse de Lyon, 1902).

nairement fin à l'accès douloureux. Ils se produisent sans effort au bout d'un temps variable. On y constate des aliments plus ou moins digérés, des acides de fermentation et même de l'acide chlorhydrique.

La dilatation de l'organe s'observe souvent, soit que des adhérences de la région pylorique produisent un rétrécissement accentué de l'orifice et arrivent même jusqu'à le fermer presque complètement, soit par une sorte d'inhibition mécanique de la contraction musculaire au niveau du pylore. On comprend très bien, en effet, que les fibres circulaires gênées par des adhérences ne peuvent se contracter que très mal ; les matières digérées dans l'estomac ne sont pas chassées dans le duodénum, d'où rétention alimentaire et dilatation consécutive.

Cette dilatation peut encore s'expliquer, certaines de nos observations le prouveront par une cause mécanique. L'épiploon peut adhérer, nous l'avons dit, aux organes du petit bassin enflammés ; l'inflammation se transmet à la séreuse qui se rétracte et tire sur ces points d'insertions normaux, l'estomac qui se dilate et le côlon transverse qui descend dans la cavité abdominale.

Les autres symptômes des adhérences du grand épiploon à l'estomac s'expliquent par les premiers. L'on n'est pas surpris que les malades présentent de la constipation opiniâtre, de la diminution de quantité des urines, et que leur amaigrissement progressif et la perte des forces les fassent cachectiques malgré la conservation de leur bon appétit.

D'autres symptômes peuvent même apparaître, car à la suite de cette rétention gastrique la muqueuse de l'estomac s'altère. Le catarrhe secondaire vient sous l'influence des fermentations anormales, et éructations, hoquets, régurgitations acides pourraient faire prendre le malade pour un dyspepti-

que, lui imposer l'absorption de médicaments nombreux et inutiles alors qu'une libération de ses adhérences le rendrait à la santé.

Crédé, en écrivant son article sur les coliques graves et leur traitement chirurgical, nous a montré que le symptôme douleur, dans les adhérences de l'épiploon à l'intestin, tenait une grande place. Elle accompagne d'habitude les symptômes fonctionnels qui vont d'une constipation peu tenace jusqu'aux phénomènes les plus graves de l'occlusion intestinale.

La variabilité des adhérences intestinales dans leur siège, leur forme, fait que l'intestin adhérent réagit de différentes manières suivant les différents cas. On conçoit qu'il existe tous les intermédiaires entre les faits de simples adhérences sans diminution de calibre des anses intestinales et ceux où l'intestin subit diverses modifications anatomiques amenant un rétrécissement véritable.

Les douleurs peuvent être causées par des contractures de l'intestin. Au moment du passage des aliments on aura dans ce cas une augmentation de résistance qui provoquera des coliques par un mécanisme relativement simple à saisir. L'intestin fait progresser les matières qu'il contient par un mouvement péristaltique se transmettant de proche en proche. Si à un endroit de son parcours, sans même qu'existe une diminution de calibre, une partie rigide vient se mettre à la place d'un canal contractile, la résistance au passage des aliments sera accrue ; au point rigide, les ondulations nécessaires à la progression des matières ne se font pas. On a alors la production de coliques, car l'intestin supérieur à la partie rigide se contracte davantage pour y suppléer. Ces

conditions sont réalisées quand plusieurs anses intestinales sont englobées par une bride épiploïque.

La gêne des matières est encore accentuée par le défaut de glissement des anses les unes sur les autres. Les coliques apparaîtront d'autant mieux et avec plus d'intensité si les brides épiploïques entraînent des modifications anatomiques du conduit. Des coudures à angle plus ou moins aigu, l'enroulement, la torsion de l'intestin sur lui-même, l'aplatissement, le rétrécissement annulaire insuffisants pour provoquer l'occlusion aiguë donneront lieu à des coliques chroniques d'autant plus fréquentes et douloureuses que la résistance au cours des matières sera plus accentuée.

Les douleurs causées par ces accidents seront évidemment plus fortes au moment du passage des aliments, c'est-à-dire suivant leur siège plus ou moins éloigné de l'estomac, de 4 à 6 heures après le repas.

Des douleurs plus ou moins vagues et n'ayant aucun rapport avec la digestion pourront aussi provenir de tiraillements incessants de l'intestin.

Ils prendront naissance sous l'influence des mouvements de ce dernier. Ces mouvements sont complexes ; il se produit des déplacements, des glissements en tous sens, et les brides les gênent non seulement sur les anses intestinales où elles s'insèrent, mais encore sous les anses intermédiaires. Une douleur continue est la conséquence de ces actions.

Les dispositions dont nous venons de parler apportent une simple difficulté au libre cours des matières. La digestion s'effectue quand même et les évacuations peuvent se faire librement.

A un degré plus accentué la constipation apparaîtra. De là à des phénomènes d'occlusion il n'y a que peu de distance. Cette distance est souvent franchie et l'occlusion est toujours

à redouter dans les cas d'adhérences épiploïques. Elle peut se faire par bride et coudure brusque, ce mécanisme est très connu ; on peut la voir se produire sans obstacle mécanique apporté au cours des matières. L'intestin peut être parésié consécutivement à sa contraction prolongée, et fatigue du plexus d'Auerbach qui préside au péristaltisme. L'excitation nerveuse ne se faisant plus, les contractions de l'intestin s'arrêtent et l'obstruction se produit.

Les troubles hépatiques consécutifs aux adhérences se traduisent par les symptômes des coliques hépatiques, et ceux de la vésicule biliaire en imposent pour des coliques vésiculaires. Ils ont été décrits d'une façon magistrale par Leunander dans son mémoire sur « les opérations des voies biliaires, remarques sur la formation d'adhérences dans la région supérieure de la cavité abdominale ». Il s'agit le plus souvent d'adhérences primitives.

Les douleurs qu'elles provoquent sont très vives et, d'après M. Tédénat, ne sont pas dues qu'aux adhérences. Il faut tenir compte dans leur production de la distension douloureuse de la vésicule. Si un paquet d'épiploon adhérent comprime le canal cholédoque, la bile ne peut plus s'échapper, et l'ictère fait son apparition. M. Tédénat cite le cas d'un homme entrant dans son service pour des douleurs occupant l'épigastre et le flanc droit, datant de 5 ou 6 mois. Ce malade très amaigri, cachectique, vomissant tout ce qu'il prenait avait un ictère très intense, et les matières fécales étaient absolument décolorées comme la sciure de bois. M. Tédénat fit une cholécystentérostomie qui réussit parfaitement ; la bile visqueuse passa dans l'intestin, les douleurs cessèrent. Le malade parvint à se nourrir, l'ictère diminua d'une façon progressive, mais le sujet succomba

deux mois plus tard, aux suites d'un cancer développé dans la partie inférieure du cholédoque. Au cours de l'opération on avait constaté des adhérences de la vésicule avec l'épiploon (1).

Dans les cas d'adhérences au foie ou à la vésicule biliaire, les douleurs sont dans le flanc droit avec les irradiations habituelles de la colique vésiculaire. Ces douleurs peuvent s'expliquer par les tiraillements, la gêne dans la contraction de l'organe, les déplacements possibles et ses modifications de forme. La vésicule gênée peut, tout comme l'intestin, entrer en spasme qui se transmet aux canaux biliaires. La douleur apparaîtra après le repas, car c'est à ce moment que la vésicule a besoin de se contracter pour chasser la bile qui doit se mélanger aux aliments à leur passage dans le duodénum.

L'épiploon adhère souvent aux organes du petit bassin. Les adhérences sont le plus souvent d'origine inflammatoire ; elles se font aussi après des hystérectomies ou ovariectomies. Les kystes de l'ovaire présentent souvent des adhérences avec l'épiploon. Les symptômes provoqués sont de deux ordres. Les premiers en date sont généralement des symptômes gastriques. La malade se plaint de ne pouvoir digérer, elle ressent, au niveau de l'estomac, des lourdeurs insupportables ; elle sent des vapeurs, des lourdeurs de tête. Elle a des hoquets, des régurgitations et vient, en désespoir de cause, se montrer à un chirurgien. Elle arrive avec une liasse d'ordonnances médicales. Elle a été passer plusieurs saisons infructueuses à Vichy. Le chirurgien faisant l'explo-

(1) Thèse de Jacques.

ration de l'estomac constate ou bien une dilatation à peine sensible de l'organe, ou bien, à l'aide de l'insufflation, une dilatation énorme ; dans une de nos observations, la grande courbure effleurait le pubis. Si le chirurgien interroge la malade au point de vue génital, elle lui apprend qu'elle a eu une métrite et qu'elle a peu souffert. Elle n'attache d'ailleurs à ses antécédents qu'une importance minime pour expliquer sa maladie actuelle. L'épiploon ici, étant donné la mobilité dont nous avons parlé, a adhéré au point malade et, sous l'influence de l'inflammation, s'est rétracté. Il a, nous l'avons déjà dit, entraîné avec lui l'estomac et l'a dilaté. C'est donc son adhérence avec l'organe du petit bassin enflammé qui est la cause de tout le mal.

Dans d'autres cas, les douleurs ressenties dans le petit bassin sont le symptôme prédominant. La malade souffre horriblement dans son pelvis au point que la marche et même le plus petit mouvement lui sont interdits. Par le toucher combiné, le chirurgien peut, dans bien des cas, sentir une tumeur et poser le diagnostic de salpingite. L'opération montre que l'épiploon adhérent et en paquet est la cause de ces accidents ; les annexes sont absolument saines.

OBSERVATIONS

Observation I

(Service de M. le professeur TÉNENAT)

(Thèse de JACQUES)

Mme X., 33 ans, souffre depuis deux ans dans le bas-ventre. Au mois de septembre 1896, ablation des annexes gauches. Peu de temps après, la malade souffre dans le bas-ventre et la région lombaire. Les douleurs sont très pénibles, elles résistent à tous les sédatifs. La malade entre en juin 1897 dans le service de M. Tédénat qui, par l'exploration combinée, affirme qu'il perçoit l'existence des annexes des deux côtés. La malade maintient qu'elle a subi l'excision des annexes gauches. M. Tédénat fait la laparotomie, trouve les annexes droites légèrement enflammées et les enlève.

Du côté gauche, il trouve les deux tiers internes de la trompe prolapsés dans le Douglas. A l'extrémité du moignon adhère un bloc d'épiploon du volume d'une noix, sclérosé par l'inflammation chronique et se continuant avec une corde épiploïque tordue et épaisse elle-même. L'épiploon est sectionné, bordé de péritoine à la façon Laroyenne. La trompe est excisée ras, l'utérus est enfoui sous une suture péritonéale. La malade quitte l'hôpital guérie.

Observation II

(Service de M. le professeur TÉDENAT)

(Thèse de JACQUES)

Ablation des annexes gauches. Douleurs persistantes et qui vont croissant. Laparotomie secondaire neuf mois après. Un bloc d'épiploon adhère au moignon de la trompe, il est réséqué, les douleurs disparaissent.

Observation III

(Service de M. le professeur TÉDENAT)

(Thèse de JACQUES)

Ovario-salpingectomie gauche. Persistance des douleurs. Laparotomie secondaire. Bride épiploïque chroniquement enflammée adhérant au moignon des annexes excisées. Libération de la bride, ignipuncture de trois petits kystes de l'ovaire droit, guérison.

Observation IV

(Service de M. le professeur TÉDENAT)

(Thèse de JACQUES)

Marie B., 22 ans, accouchée en juin 1896. Quelques semaines après ses couches, douleurs dans le bas-ventre et les reins, augmentées quand la malade va à la selle, plus vives dans les jours qui précèdent les règles. Le 30 novembre 1897, la malade entre au numéro 24 de la salle Desault. M. Tédénat pratique l'ablation des annexes gauches; la trompe est bosselée, son extrémité est close, un peu distendue par du pus. Adhérences du pavillon de l'ovaire qui contient quelques microcystes purulents. La malade quitte l'hôpital dans les premiers jours de janvier.

Quelques semaines après elle souffre de nouveau, surtout du côté gauche. En mai 1898, elle rentre salle Desault. M. Tédénat constate une saillie légère sur laquelle la pression est très douloureuse dans le cul-de-sac latéral gauche. Pas de douleurs du côté droit. Laparotomie secondaire. Une bride épiploïque, terminée par un bloc d'épiploon sclérosé, adhère à la fois à la corne utérine et à la paroi pelvienne postérieure. Cette bride est excisée. Le moignon est recouvert de péritoine. Les annexes du côté droit à peu près saines sont consumées après ignipuncture de quelques microcystes, guérison. Cette malade n'était pas une nerveuse.

Observation V

(Service de M. le professeur TÉDENAT)

(Thèse de JACQUES)

Femme de 22 ans, ayant eu deux accouchements réguliers, épuisée par des hémorragies permanentes depuis un an, augmentant beaucoup à la période menstruelle, et par de violentes douleurs occupant le bas-ventre, les reins, devenant très vives et presque syncopales à chaque défécation. Les annexes droites étaient enflammées; bosselure de la trompe, tractus fibreux tubo-ovariens. Quant aux annexes gauches, leur décollement fut très pénible. La trompe gauche était distendue par une collection purulente du volume d'une grosse noix et un morceau d'épiploon lui adhérait. Les suites opératoires ont été favorables, mais l'avenir nous renseignera sur l'influence de l'opération sur les douleurs. En effet, les cas ne sont pas rares où, après l'ablation complète des annexes par la voie vaginale, les malades continuent à souffrir. Il en est ainsi quand des adhérences anciennes et très étendues unissent les annexes à l'épiploon ou à la paroi pelvienne; dans ce cas, on laisse fatalement des surfaces cruentées étendues qui sont l'occasion de nouvelles adhérences.

Observation VI

(Prof. TÉDENAT)

Cure radicale de hernie inguinale gauche. — Résection large de l'épiploon.

Douleurs abdominales persistantes accompagnées de vomissements fréquents. — Laparotomie. — Adhérences de l'épiploon dans la région de l'ombilic. — Libération des adhérences. — Guérison.

Emmanuel R..., 33 ans, bien constitué, de bonne santé habituelle. Opéré en mai 1896 d'une grosse hernie inguinale gauche par Tillaux. Résection de plus de 250 gr. d'épiploon. Réunion immédiate malgré quelques accidents fébriles et de douleurs modérées occupant la région ombilicale. Les douleurs d'abord sourdes réapparaissent trois ou quatre mois après l'opération. Elles allèrent peu à peu en s'aggravant et dès décembre 1896 elles s'accompagnaient de vomissements fréquents survenant deux ou trois heures après le repas. Coliques vives, tiraillements, obligeant le malade à se coucher souvent pendant plusieurs heures. Divers traitements (cataplasmes, morphine, alcalins) longtemps employés sans résultats utiles marqués. Le malade maigrit, est souvent obligé de suspendre son travail; il marche le corps fléchi en avant. Le 3 février 1897, il consulte M. le professeur Tédénat qui fait les constatations suivantes: sujet amaigri, pâle. Sensation de crampes, de brûlure à l'épigastre survenant après les repas et durant une ou deux heures, souvent accompagnées de vomissements alimentaires ou muqueux. Coliques sourdes, tiraillements dans la région sous-ombilicale, parfois calmées par la flexion forcée du tronc. L'estomac paraît dilaté avec clapotis persistant cinq ou six heures

après les repas. La pression de la main est très douloureuse dans la région de l'ombilic où on ne trouve aucune tumeur nette, mais une vague tension.

M. Tédénat, étant donnée la résection antérieure large de l'épiploon lors de la cure radicale de la hernie, croit à des adhérences épiploïques et propose la laparotomie qui est pratiquée le 12 février 1897.

L'incision dépasse l'ombilic de 4 centimètres en haut, de 8 en bas. Résection de la ligne blanche et de l'ombilic ; à gauche de celui-ci adhérence fibreuse du volume du pouce très tendue qui est sectionné à deux centimètres de la paroi abdominale. Surjet au catgut de la tranche de section. Suture à trois plans de la paroi abdominale. Guérison rapide. Depuis les douleurs n'ont plus reparu et R..., jouit d'une excellente santé.

Le moignon adhérent à la paroi avait le volume d'une grosse noix. On trouve à sa partie centrale une ligature de soie.

Observation VII

(Service de M. le professeur TÉDENAT)

(Due à l'obligeance de M. GODLEWSKI, interne du service)

Troubles dyspeptiques. Vomissements continus. — Ovaire scléro-kystique. — Laparotomie. — Ovariectomie. — Libération d'adhérences épiplo-gastriques. — Hystéropexie. — Guérison.

B. Françoise, âgée de 31 ans, entre dans le service de M. le professeur Tédénat, le 4 mai 1905, pour vomissements et douleurs lombaires.

Antécédents héréditaires : Sans importance.

Antécédents personnels : Fréquentes bronchites en hiver. Réglée à 17 ans, règles durant 6 jours sans douleur, sans caillots.

Mariée à 22 ans. Pertes blanches depuis le début du mariage avec quelques douleurs lombaires et abdominales; n'a jamais été soignée.

Maladie actuelle : Début il y a 6 ans. Apparition de vomissements immédiatement après le repas. Ils sont abondants, elle rejette les matières qu'elle vient de prendre. Le matin avec quelques glaires. Jamais d'hématémèses. Douleur accompagnant ces vomissements. Sensation de pesanteur et de plénitude entre ces derniers et dans la région de l'estomac.

Les vomissements apparaissent ou diminuent de quantité par période de 2 ou 3 mois. Mais depuis juin dernier elle n'a cessé de vomir. En même temps pesanteur dans le bas-ventre. Mictions fréquentes. Constipation.

La malade maigrit.

Actuellement vomissements ininterrompus après chaque repas, vomissement acide avec peu de douleur et appétit conservé. La malade pesait 75 kilogrammes, en décembre, n'en pèse plus que 52. Elle se plaint de sensation de pesanteur lombaire; urine souvent et est très constipée.

Malade nerveuse; elle a eu des crises au début de son mariage, 12 par jours; aujourd'hui elles sont plus rares. D'ailleurs stigmates très nets; anesthésie pharyngienne et cornéennes. Zones d'anesthésie: membre supérieur gauche. Rétrécissement du champ visuel.

Examen : Rien à l'inspection. La palpation et la percussion permettent de sentir un estomac un peu dilaté, descendant assez bas et peu douloureux.

La palpation abdominale ne révèle rien qu'un peu de ptose. Toucher vaginal et palper abdominal permettent de sen-

tir dans le cul-de-sac droit un peu d'empâtement et l'ovaire droit très haut situé. Utérus moyen en rétroversion.

OPÉRATION le 13 mai 1905. Incision de laparotomie sous ombilicale. A l'ouverture du ventre, on constate un péritoine épaissi. L'épiploon enflammé et épaissi est adhérent aux annexes droites.

Les adhérences remontent jusqu'au bord inférieur de l'estomac. A la partie inférieure ces adhérences maintiennent l'ovaire dans une position élevée.

Il semble que les phénomènes d'inflammation péritonéale ont eu ici une marche ascendante.

On détruit les adhérences aussi loin que possible. On enlève l'ovaire scléro-kystique. On fixe l'utérus en rétroversion à la paroi antérieure par quelques points. Suture péritonéomusculaire. Suture cutanée.

Le 15 mai, les vomissements se sont complètement arrêtés. La malade se sent bien, va régulièrement à la selle. Pas de douleurs d'estomac.

Le 21 mai, elle a une petite indigestion légère après un repas trop copieux.

Depuis lors l'état est excellent ; la plaie est réunie par première intention.

Les vomissements ont complètement disparu. La digestion est facile et pas douloureuse. La malade va régulièrement à la selle ; plus de symptômes douloureux.

Observation VIII

(Service de M.^{le} professeur LAROYENNE)

Eugénie V... (femme F...), sans antécédents héréditaires ni personnels. A eu trois accouchements normaux.

Elle n'a jamais eu de fausses couches. Elle souffre depuis huit ans de coliques néphrétiques. Sa menstruation a toujours été régulière. Cependant voilà cinq ans que ses règles ne sont pas revenues.

Depuis un mois et demi, elle souffre de violentes douleurs survenant sous formes de crises durant vingt-quatre heures. Ces douleurs sont localisées dans la fosse iliaque gauche et dans les lombes.

On constate des symptômes de dilatation très accusés de l'estomac, gastroplose et entéroptose. Constipation rebelle. Miction douloureuse.

L'examen gynécologique accuse un utérus normal et fait faire le diagnostic d'annexite gauche. On décide une intervention.

Intervention le 23 mars 1901. Ouverture du cul-de-sac postérieur. On s'aperçoit que ce que l'on prenait pour une annexite n'était qu'une mssse d'épiploon. Les annexes étaient normales.

On n'enlève rien, on détache les adhérences. Eponge. Suites opératoires naturelles.

Avec l'intervention les crises douloureuses avaient disparu.

Observation IX

(Service de M. le professeur LAROYENNE)

D... (Célestine), 36 ans, domestique.

Pas d'antécédents pathologiques héréditaires.

Bonne santé habituelle, menstruation à 16 ans, très irrégulière et de très courte durée (48 heures).

Ses dernières règles ont été très abondantes.

Elle venait à la consultation depuis le mois d'août pour rétroversion et annexe gauche. On pratique la columnisation pendant quatre mois.

Pendant ce temps, la malade accusait des troubles gastriques très net. Gastroplose, entéroptose. Constipation. Douleurs vaginales et lombaires.

Au bout de ce long traitement, la rétroversion ayant été corrigée et les douleurs disparues, on mit un pessaire.

Actuellement les troubles digestifs ont reparu ; la constipation est tenace et les douleurs dans la fosse iliaque gauche et dans les lombes ont augmenté d'intensité.

EXAMEN : L'utérus est soutenu par un pessaire.

Dans le cul-de-sac postérieur à gauche, on sent une petite masse dure, douloureuse à la pression qui n'est autre que l'annexe gauche prolabée dans le cul-de-sac postérieur.

OPÉRATION : M. Replin incise le cul-du-sac postérieur, on rompt les adhérences qui tenaient l'utérus en rétroversion. Ce que l'on prenait pour une annexe prolabée, n'était qu'une masse épiploïque avec des adhérences qu'on rompt. On n'enlève rien. Eponge.

Observation X

(Service de M. le professeur LAROYENNE)

G... (Ida). Pas d'antécédents pathologiques héréditaires, ni personnels, sauf des convulsions dans le jeune âge.

Fausse couche il y a six mois. Depuis abondantes pertes blanches.

Violentes douleurs localisées à droites et dans le dos, le

ventre et le membre inférieur. La malade souffre toujours à l'époque de ses règles.

Symptômes gastriques : quelques renvois. La malade est fatiguée le matin (mal au cœur).

Après le repas : flatulence. Gonflement du ventre très accusé. Eructations. Digestion très longue. Douleurs disparaissant après le vomissement. En même temps, constipation : colite muco-membraneuse.

Un médecin appelé diagnostique une dilatation d'estomac et formule en conséquence.

L'effet thérapeutique est nul. Les douleurs augmentent et la malade se décide à entrer à la Charité.

EXAMEN : Ovaire douloureux et volumineux à gauche. On fait un curettage. On amène quelques débris placentaires et quelques caillots.

La malade sort de l'hôpital.

Depuis sa sortie de l'hôpital, ses règles sont revenues régulièrement pendant trois mois (durée : 8 jours).

En revanche, ses troubles gastriques ne se sont pas améliorés, ils n'ont fait qu'empirer.

Un médecin appelé diagnostique une dilatation d'estomac et institue une médication qui demeure sans effet.

Depuis trois mois les règles sont devenues irrégulières.

Jeudi dernier immédiatement après ses règles, la malade ressent de violentes douleurs dans le bas-ventre. Depuis pertes rouges peu abondantes.

EXAMEN : Utérus en antéflexion.

A droite, bride transversale.

Dans les culs-de-sac latéraux droit et gauche, on sent les annexes douloureuses accolées à la corne utérine.

Une intervention est décidée,

Je pratique l'examen des organes digestifs avant l'opération et je trouve :

Dilatation de l'estomac : estomac à l'ombilic.

Le sonorité de l'espace de Traube est augmentée.

A gauche l'S iliaque est sensible.

Colite muco-membraneuse.

INTERVENTION : M. le professeur Laroyenne incise le cul-de-sac postérieur. Il s'écoule une notable quantité de liquide séreux un peu trouble. Le Douglas est cloisonné. On rompt les brides. A droite on sent une masse adhérente tendue, qui est prise pour une trompe et qu'on tâche d'amener après décollement.

Cette masse était une masse épiploïque adhérente au niveau des annexes droites ; masse qui, sitôt après qu'elle est libérée, rentre dans l'abdomen comme attirée par un lien élastique.

On ne constate rien d'anormal à droite.

On met une éponge, l'utérus est ramené en bonne position.

Suites opératoires ordinaires. Disparition des douleurs.

Observation XI

(CRÉDÉ)

Il s'agit d'une femme, âgée de trente-cinq ans, qui à la suite d'une péritonite souffrait de crises de violentes coliques. La laparotomie fut faite, et on trouva l'épiploon adhérent à la paroi abdominale, et englobant plusieurs anses intestinales. Les adhérences furent rompues, et la guérison se maintient depuis un an.

Observation XII

(RIEDEL d'Iéna)

Mme Z., quarante ans, entrée le 26 avril 1892. Cette femme issue d'une famille bien portante, et qui jusque-là s'était elle-même bien portée, souffre depuis six ans de troubles stomacaux multiples (nausées, vomissements, sensation de pesanteur dans la région de l'estomac), en même temps maux de tête et insomnie.

Depuis trois ans, se sont produits de violents accès de coliques avec des vomissements durant tout un jour, les douleurs se sont localisées surtout du côté droit au-dessous de la courbure des côtes. Des accès très légers sont survenus depuis très fréquemment.

De nombreux médecins furent consultés: le dernier avait mis en usage tous les moyens possibles; comme il n'en voyait absolument aucun résultat, il conseilla une laparotomie exploratrice, parce que quelque entrelacement en torsion de l'intestin devait exister.

L'examen de la malade, pâle et amaigrie, ne donne aucun résultat, à part le gonflement du ventre et la sensibilité à la pression du côté droit, au-dessous de la courbure des côtes; foie paraissant un peu gros; utérus très augmenté de volume, mais dans sa situation normale, relativement peu mobile.

Le premier mai 1892, incision au niveau de la vésicule biliaire; on trouve un cordon gros comme une aiguille à tricoter, émanant de l'épiploon et entourant transversalement le côlon transverse et rétrécissant environ de moitié la

lumière de ce dernier. Ce cordon paraît s'insérer à la paroi abdominale postérieure. Après section de ce cordon, fermeture de la plaie abdominale.

La réaction consécutive à l'opération fut très intense. La malade ne se rétablit que le lendemain. En juin, toutes les incommodités d'autrefois avaient disparu ; l'appétit devient excellent, mais le poids de la malade augmente peu, à cause d'hémorragies mensuelles très abondantes.

En septembre 1893, la malade se représenta, elle avait engraisé de 12 livres. Les douleurs abdominales avaient complètement disparu ; on pouvait déprimer l'abdomen partout sans produire de sensations douloureuses.

Observation XIII

(Même auteur)

Mlle F., vingt-trois ans, entrée le 1^{er} septembre 1892. Parents bien portants. A seize ans, catarrhe stomacal, guérison par diète prolongée pendant plusieurs semaines ; à part cela, quelques maux de gorge.

En 1888, plusieurs atteintes de coliques douloureuses, puis une attaque de crampes d'estomac avec vomissements de bile. A partir de 1890, ces accès se renouvelaient si bien que l'on pensa à un ulcère de l'estomac ; on parla aussi de calculs biliaires ; plus tard on admit un rein flottant du côté droit. A ce moment la malade voyageait beaucoup, aussi consulta-t-elle beaucoup de médecins qui donnèrent des avis différents.

En août 1893, grave accès de coliques d'une durée de 24 heures accompagné de vomissements violents. La malade

dépeint elle-même ses accès : « Le plus souvent, ils se produisent après irritation alcoolique, ou après avoir mangé ; ils arrivent d'ordinaire le soir. Mon premier mouvement est pour enlever le vêtement qui me serre ; tout me semble trop étroit. Après un accès qui ne dure souvent que quelques minutes, mais souvent aussi plusieurs heures, j'éprouve un grand besoin de dormir. La digestion se fait le plus souvent d'une façon normale. »

Depuis le dernier accès, la douleur et la sensation de poids persistent dans le côté droit, tandis qu'auparavant, entre les accès, il y avait parfaite bonne santé, grâce à une diète rigoureuse.

Maintenant, les douleurs rayonnent aussi dans la jambe droite et dans le dos. La malade ne se trouve réellement bien que si elle repose tranquille sans corset sur le dos. Comme son état s'était aggravé beaucoup, la malade souhaitait d'être débarrassé à tout prix de son mal.

On l'examina quatorze jours durant sans pouvoir faire un diagnostic. Rien d'anormal au toucher. Ainsi resta seulement la possibilité d'admettre des adhérences comme cause du mal, et l'on se décida à intervenir.

OPÉRATION le 14 septembre. — Incision sur la vésicule biliaire ; on constate :

1° Adhérences du côlon transverse avec la vésicule biliaire.

2° Echeveau d'épiploon adhérent avec la partie droite du côlon transverse et le côlon ascendant ; ces masses d'épiploon sont adhérentes à la paroi antérieure de l'abdomen.

L'appendice vermiculaire est uni au cœcum. On libère facilement les adhérences du côlon avec la vésicule, les adhérences de l'épiploon au côlon ascendant furent plus difficiles à détruire.

Suture de la paroi abdominale.

Le premier jour après l'opération, la malade vomit presque continuellement, puis elle se calma.

Le 24. la plaie est cicatrisée ; selles lentes obtenues par lavements. Sensations douloureuses ; sommeil n'est possible qu'avec de la morphine.

Depuis son départ, la malade a très bonne apparence, mais elle a encore à lutter contre des incommodités quand elle va à la selle. C'est le massage de l'abdomen qui produit le meilleur effet.

Observation XIV

(LUCAS-CHAMPIONNIÈRE)

Femme de trente-cinq ans. Kyste multiloculaire adhérent. Ovariectomie aux larges résections épiploïques. Dix-sept jours après, deuxième laparotomie pour symptômes d'occlusion intestinale.

On détache quelques anses d'intestin adhérentes aux sections épiploïques. Deux heures après, selle. Guérison.

Observation XV

(TERRILLON, *Annales de gynécologie*, 1892)

Ablation d'un gros fibrome de 14 kilogrammes. Neuf mois après la laparotomie, symptômes d'occlusion à marche aiguë.

Deuxième laparotomie ; on trouve des anses intestinales

comprimées par un gâteau épiploïque et adhérentes à lui.
On les libère. Guérison consécutive.

Observation XVI

(ERNST SONNTAG, *Berlin. Klin. Woch.*, décembre 1887)

Double ovariectomie pour accidents dysménorrhéiques.
Réunion par seconde intention. Neuf mois après, accidents
d'occlusion intestinale chronique. Laparotomie nouvelle.
Paquet d'épiploon soudé au péritoine pariétal et ayant
entraîné des anses intestinales qui se sont aplaties et cou-
dées. Excision et ablation d'une masse épiploïque. Guérison
consécutive.

Observation XVII

(Paul DELBET)

Au mois de février 1895, Mme F. Caroline, jeune femme
de 23 ans, vint me consulter pour des troubles gastriques.

Rien de notable dans les antécédents héréditaires. Pendant
l'enfance, rougeole et scarlatine. A 16 ans, quelques troubles
gastriques passagers. La malade a toujours été bien réglée.

Mariée à 20 ans, elle n'a jamais fait de fausses couches,
elle a eu 2 grossesses à terme. Le dernier accouchement
remonte au mois de janvier 1894. Un mois après l'accou-
chement, la malade éprouve des douleurs localisées à la
partie inférieure gauche du ventre ; ces douleurs sont pro-
fondes, confusives, mais s'exagèrent sous l'influence de la
marche et de la station debout.

Elles sont limitées, sans irradiation aux lombes ni aux jambes.

A la même époque apparaissent des pertes blanches, puis un peu plus tard des troubles gastriques. Les digestions sont longues, pénibles, accompagnées de flatulence. Cependant, à cette époque, la malade pouvait manger toutes sortes d'aliments.

Il n'y avait pas de vomissements.

Peu à peu les troubles gastriques augmentent; la malade souffrant après l'ingestion des aliments commence à se rationner et à ne plus prendre que du lait et des œufs. Un médecin, consulté à cette époque, s'attaque à l'écoulement et traite la malade par des tampons glycélinés appliqués sur le col. Malgré ce traitement, les troubles gastriques augmentent et dans les derniers mois la malade vomit tout ce qu'elle prend sauf un peu de soupe et de lait. Quand je vois la malade pour la première fois, les vomissements se produisent environ deux heures après le repas puis sont suivis de régurgitations; en même temps existent des douleurs diffuses dans la région épigastrique. La malade est affaiblie et amaigrie; il n'y a pas de fièvre. L'examen de la malade me permet de constater du côté des organes génitaux un peu d'écoulement leucorrhéique avec légère augmentation du volume du col, mais le plus frappant est une déviation de l'utérus dont le col vient remplir le cul-de-sac à droite.

Dans le cul-de-sac latéral gauche, le doigt arrive sur une tumeur volumineuse qui remplit la moitié gauche de l'excavation. La tumeur est arrondie, incomplètement tendue et se laisse soulever légèrement par le doigt vaginal.

Par l'exploration bi-manuelle, on constate que la tumeur remplit la plus grande partie du petit bassin; elle est collée

contre l'utérus; cependant le doigt vaginal pénètre dans un sillon qui sépare ainsi tumeur et utérus.

La paroi abdominale est résistante; il n'y a pas d'affaissement malgré deux grossesses antérieures, pas de ptoses viscérales. La malade est amaigrie, la face pâle et les traits tirés.

J'avoue qu'à cette époque je ne pratiquai pas l'examen de l'estomac, mon attention n'étant pas sollicitée spécialement de ce côté. Etant donné les écoulements leucorrhéiques antérieurs, le développement de l'affection peu de temps après les couches faites en ville et dans des conditions douteuses d'antisepsie, l'indépendance de la tumeur et de l'utérus, je portai, malgré l'absence de fièvre et la consistance un peu molle de la tumeur, le diagnostic de salpingite suppurée gauche volumineuse consécutive à une endométrite puerpérale. Un traitement local, le repos au lit, n'ayant amené aucune amélioration, je proposai à la malade une intervention radicale qui fut acceptée et, au mois de mars, je pratiquai la laparotomie.

Incision hypogastrique médiane. Le péritoine pariétal est incisé. Je tombe sur une face lisse, blanc rosé, occupant tout le champ opératoire jusqu'au pubis. Je fus un moment incertain sur la nature de l'organe qui se présentait ainsi :

L'examen manuel me permit de constater qu'il s'agissait de l'estomac dilaté dont la grande courbure affleurait le pubis.

Du bord inférieur de l'estomac part une série de brides tendues, adhérant à la paroi intérieure de l'excavation pelvienne; ces adhérences cèdent assez facilement. La main engagée dans le petit bassin tombe sur une masse pâteuse adhérente molasse, que j'énuclée avec une certaine peine et qui, une fois amenée dans la plaie, se montre être l'épiploon

ramené dans le petit bassin. Cette masse enlevée, on ne sent plus dans le petit bassin qu'un ovaire légèrement augmenté de volume avec un petit abcès dans la paroi antérieure et une trompe simplement congestionnée et épaissie.

J'extirpe l'ovaire et la trompe après énucléation et pédiculation ; je ferme le ventre.

La guérison survient sans incident sauf un peu de suppuration et de désunion de l'angle inférieur de la plaie cutanée.

Observation XVIII

(MAYO ROBSON, *Transactions of the clinical Society of London*, 1894)

J... W..., dix-huit ans, sans jamais avoir été très fort, et toujours sujet à la dyspepsie, n'avait jamais fait de sérieuse maladie jusqu'à trois ans auparavant ; à ce moment, il fut pris de très grandes douleurs dans l'hypocondre droit, douleurs qui duraient deux ou trois heures. Il ne pouvait pas donner la cause de ces accès douloureux qui ne suivaient pas toujours l'ingestion des aliments. Après avoir duré quelques semaines, la douleur se serait apaisée, faisant place aux nausées et aux vomissements durant six semaines ; puis alors il aurait été bien portant pendant un mois ; mais jamais, pendant les trois dernières années, il n'aurait été exempt de douleurs pendant plus d'un mois à un mois et demi.

Quelquefois, la douleur s'accompagnait de nausées. Une fois le malade vomit du sang et plusieurs fois des matières couleur café. Trois mois après son entrée à l'hôpital, la douleur se localise en un point juste au-dessous de la neuvième

côte droite, et cette douleur n'a jamais cessé depuis. Une tumeur pouvait quelquefois se sentir sur les côtes droites pendant l'accès douloureux et disparaissait quand la douleur se calmait. Le malade se plaignait beaucoup d'éruptions pénibles. Il avait eu la jaunisse. Bien qu'il se fût un peu relevé entre ses attaques, l'amaigrissement avait été progressif pendant les trois dernières années. Quand je le vis, il était très faible et très amaigri. Après la dilatation de l'estomac, rien d'anormal à noter; et, bien qu'il y eût une sensibilité très marquée au-dessous du rebord costal droit, on ne pouvait sentir aucune tumeur.

On fit le diagnostic de dilatation d'estomac probablement dépendante d'adhérences du pylore à la vésicule biliaire; on institua comme traitement des lavages de l'estomac et une alimentation peptonisée, qui seraient suivis d'une opération dans le cas où il n'y aurait pas de mieux.

Le 26 juillet, la note suivante fut rédigée : « Pendant la dernière quinzaine, bien que l'estomac fût lavé chaque jour avec une solution faite d'acide borique et de glycérine, la malade souffrit autant que jamais, la douleur survenant la nuit et quelquefois le jour. A l'examen de l'abdomen, durant les accès, on ne voit ni ne sent aucune tumeur. Il n'y a pas eu de vomissements depuis l'entrée. L'appétit est bon. »

Le 30 juillet, bien qu'il eût repris un peu de poids, le malade avait encore un accès douloureux et était très inquiet, désirant qu'on lui fit quelque chose pour assurer sa guérison.

OPÉRATION, le 4 août 1892. — On trouve l'épiploon adhérent couvrant la région de la vésicule biliaire comme un voile; celle-ci fut détachée avec les doigts, dégagant le pylore qui était adhérent à la vésicule biliaire et à la face

inférieure du foie ; les adhérences furent facilement séparées et les hémorragies arrêtées par deux ou trois fils de catgut. Suture sereuse, suture abdominale. La guérison survint sans accident : cicatrisation par première intention.

Le 15 août, le malade se disait presque libéré de toute douleur et se sentait bien ; il resta au lit trois semaines et fut autorisé à se nourrir. Il retourna chez lui à la fin de la troisième semaine, ayant engraisé notablement. A Noël, il était robuste et faisait un pénible travail de ferme.

En avril 1893, je reçus une lettre de son médecin disant que le malade avait été bien portant jusqu'en février, mais qu'à ce moment il y aurait eu retour des douleurs ; sous l'influence d'un traitement général il redevint bientôt mieux. En septembre 1893, il allait très bien.

Observation XIX

(NOVÉ-JOSSERAND, in *Lyon Médical*)

G... P..., 20 ans, a déjà été opéré en novembre 1895 par M. Vallas, qui pratiqua l'ouverture par la voie vaginale d'un abcès pelvien.

Elle alla bien après l'opération, mais peu de temps après les douleurs reparurent et persistèrent malgré le repos au lit prolongé pendant deux mois, les révulsifs et tous les moyens médicaux.

Le 25 août 1896, M. Nové-Josserand pratiqua la laparotomie et l'ablation bilatérale des annexes qui ne présentait pas de difficulté. La malade resta apyrétique pendant quatre jours ; puis, le cinquième, des accidents infectieux assez alarmants apparurent et aboutirent à la formation d'une

collection suppurée qu'on ouvrit, par la voie vaginale, le 22 septembre. Après cette incision, la guérison fut obtenue.

Pendant toute la durée de ces accidents, la constipation demeure opiniâtre ; les selles n'étaient obtenues que par l'usage des purgatifs énergiques et elles s'accompagnaient de douleurs très violentes. Cet état persista après la guérison : la malade continua à éprouver des souffrances présentant des caractères très particuliers : la douleur siégeait du côté gauche et était continue, mais elle offrait des exacerbations sous forme de coliques survenant environ deux heures avant la défécation, pour cesser une fois que l'exonération intestinale s'était effectuée. En même temps que les crises douloureuses se produisaient, il se formait dans la fosse iliaque une tuméfaction qui disparaissait également après la défécation, établissant ainsi d'une façon bien nette un rapport de causalité entre la réplétion de l'intestin et l'exacerbation des douleurs.

Devant l'insuffisance du traitement médical, alimentation liquide, révulsion locale, M. Nové Josserand se détermine à pratiquer une laparotomie.

Le 17 décembre 1896, incision sur la ligne blanche ; on trouve l'épiploon adhérent au-dessus de l'arcade crurale gauche ; cette adhérence est réséquée entre deux ligatures. On constate ensuite que le côlon ilio-pelvien est uni au péritoine pariétal par des adhérences dont les unes, fibreuses, blanchâtres, forment des brides de plusieurs centimètres que l'on sectionne au bistouri, dont les autres, filamenteuses, entourent la portion terminale du gros intestin dans tout son trajet intrapéritonéal ; celles-ci sont décollées avec le doigt et il n'en résulte qu'une hémorragie insignifiante.

Les douleurs diminuent dans les jours qui suivent, et la malade quitte l'hôpital le 7 janvier 1897.

Nous l'avons revue tout récemment (4 octobre 1897); elle n'éprouve plus que de légères douleurs, à forme de coliques siégeant dans la fosse iliaque gauche, survenant une demi-heure environ avant chaque selle et s'accompagnant d'un peu de tuméfaction à ce niveau et de la sensation de mouvements intra-abdominaux. Ces phénomènes disparaissent immédiatement après la défécation pour se reproduire avant chaque selle.

Il n'y a pas de tendance à l'amélioration spontanée, et l'état de la malade demeure à peu près stationnaire. Elle éprouve de plus des troubles nerveux, des bouffées de chaleur résultant de l'ablation des annexes; mais en somme sa situation est très tolérable, et son état actuel n'est pas à comparer à celui où elle se trouvait pendant les mois qui ont précédé la dernière intervention.

Observation XX

(NOVÉ-JOSSERAND, in *Lyon Médical*)

G. B., 21 ans, est atteinte de métro-salpingite ancienne et a déjà subi deux curettages.

Après avoir longuement essayé sans succès le traitement médical, M. Nové-Josserand pratique la laparotomie; il fait l'ablation bilatérale des annexes, et de plus, trouvant l'appendice turgescet et fixé à l'ovaire droit par des adhérences, il en pratique la résection.

Les suites opératoires sont simples, à part une constipation opiniâtre et une légère élévation thermique: le thermomètre atteint 38° 2 le soir du troisième jour, et monte tous les

soirs à 38° 2, 38° 3, une fois à 38° 5 du neuvième au quatorzième jour. Puis apyrexie complète.

Dès les premiers jours, la malade se plaint du flanc droit; elle ressent à ce niveau des douleurs continues s'exagérant à certains moments sans qu'on puisse saisir une relation entre ces phénomènes douloureux et la défécation ou les mouvements intestinaux. Pendant quelques jours il y a des douleurs irradiées le long de la jambe droite qui présente de plus un peu d'œdème. Les douleurs empêchent la malade de se tenir droite; elle reste courbée pendant la marche. Après une exacerbation des douleurs, nettement en rapport avec une angine grippable, elle quitte l'hôpital se trouvant améliorée.

On la voit à diverses reprises: elle souffre toujours beaucoup à certains moments, au point que la douleur lui arrache des cris et l'oblige à garder le lit. Ces exacerbations sont irrégulières et surviennent sans cause. Le ventre présente parfois un peu de ballonnement. La pression au niveau de la cicatrice est douloureuse; on sent à ce niveau et dans le flanc droit une résistance plus grande de la paroi. Le toucher vaginal et rectal permet de sentir à droite un peu d'empatement profond.

Le 6 août 1897, la malade rentre à l'hôpital; elle a beaucoup souffert depuis quelques jours et dit avoir passé une nuit à crier de douleur. Les souffrances, au lieu de diminuer, vont plutôt en augmentant. Elle a pâli, maigri, il est certain que son état général devient plus mauvais.

Le 11 août, la laparotomie découvre une adhérence étendue de l'épiploon au péritoine pariétal dans tout le flanc droit. On décolle l'épiploon et l'on place des ligatures au niveau des déchirures produites par ce décollement. On constate que le cœcum ne présente aucune lésion et qu'à

son niveau il n'y a pas trace d'adhérences, sur le gros intestin ni sur l'intestin grêle.

Après l'opération, les douleurs diminuent considérablement. La malade quitte l'hôpital se trouvant mieux que jamais.

DIAGNOSTIC

Les adhérences épiploïques qui ne restent pas latentes se révèlent, les chapitres précédents nous l'ont appris, par des douleurs continues ou intermittentes accompagnées ou non de signes fonctionnels.

Bien que Nové-Josserand dise que, quand les douleurs sont accompagnées de troubles bien nets dans le fonctionnement d'un organe, le diagnostic s'impose, il est souvent fort difficile, il est même parfois impossible de reconnaître cliniquement des adhérences. Il faut cependant savoir faire un diagnostic de probabilité et songer à cette cause quand on voit des points douloureux apparaître et persister indéfiniment après une inflammation ou une intervention qui aura intéressé l'épiploon. Les hystériques peuvent présenter aussi des accidents douloureux fixes et persistants en dépit de tous les traitements employés. On se méfiera donc quand on aura affaire à un sujet présentant des stigmates d'hysté-

rie. Mais il faut se garder de l'erreur inverse et prendre pour des hystériques des femmes qui souffrent du ventre sans raisons et qu'une intervention soulagerait.

Ces généralités posées, nous allons nous occuper du diagnostic d'adhérences épiploïques pour les organes que nous avons étudiés.

Pour l'estomac, Bouveret admet qu'on a le droit de dire qu'il y a des adhérences :

1° Quand il existe un processus ancien de l'estomac (cancer ou ulcère).

2° Quand par l'insufflation on constate que l'estomac, au lieu de se dilater régulièrement, est déformé plus ou moins, ou que le pylore reste immobilisé derrière les fausses côtes droites.

Nous pourrions ajouter :

3° Quand, attiré par l'épiploon rétracté, l'estomac subit une dilatation telle qu'elle dépasse de beaucoup les limites d'une dilatation de cause chimique ou atonique.

L'insufflation nous servira beaucoup pour le diagnostic d'adhérences du pylore, Angerer ayant conclu après de nombreuses expériences que le pylore non adhérent se déplace à droite et en bas, et qu'il reste immobile ou se déplace à gauche et en haut s'il est adhérent.

Il faut faire maintenant le diagnostic différentiel entre les adhérences épiploïques et toutes les autres maladies de l'estomac présentant des symptômes analogues. Nous nous bornerons à parler du cancer et de l'ulcère.

Le cancer, avec ses symptômes classiques, arrivé à la période de cachexie, ne peut être confondu avec l'affection dont nous parlons, bien que le plus souvent les malades qui en sont atteints arrivent à la cachexie. Mais l'évolution

dans le cas d'adhérences est beaucoup plus longue, le malade souffre et vomit depuis très longtemps, son appétit est conservé; le cancer de l'estomac évolue très vite et n'excède pas quatorze à dix-huit mois.

L'ulcère, qui, au début, avant les hématomèses, donne des troubles assez semblables à ceux qu'on nous occupe, a des douleurs plus aiguës; l'intolérance gastrique est plus grande. Cet ulcère aura été précédé d'une dyspepsie acide qui depuis longtemps aura inquiété le sujet. Enfin l'apparition d'hématomèses tranchera le diagnostic. Si les adhérences sont consécutives à l'ulcère guéri, ce qui arrive fréquemment, comme il y a après l'ulcère rétention gastrique et qu'on l'observe aussi dans les adhérences, le diagnostic sera hésitant pour savoir si la maladie est uniquement constituée par l'affection qui nous intéresse. Dans tous les cas, l'indication est la même et la laparotomie exploratrice fera le diagnostic.

Pour l'intestin aucun procédé ressemblant à l'insufflation ne permet de conclure à l'existence d'adhérences. La symptomatologie est aussi moins compliquée que pour l'estomac. L'existence d'accès intermittents de coliques qui sont localisées à un point de l'abdomen, apparaissant à la même heure après les repas, la palpation déterminant une exacerbation de ces douleurs, seront des faits d'une grande importance pour le diagnostic d'adhérences. Si les douleurs sont plus vives, si la constipation s'installe, si enfin les phénomènes de la préocclusion, de l'occlusion complète apparaissent, le chirurgien doit se demander si des adhérences ne produiraient pas ces symptômes, que des rétrécissements cicatriciels d'ulcérations de nature diverse dont les plus fréquentes sont les ulcérations typhoïdes, tuberculeuses, dysentériques sont aptes à produire.

« Lorsque les intestins sont vides, dit Jœnicke (1), les adhérences sont difficiles à percevoir et ne peuvent être constatées que par une main très expérimentée. Mais si le tube digestif se trouve dans un état de réplétion moyenne, elles peuvent être senties beaucoup plus distinctement sous forme d'induration qu'on retrouve exactement à la même place à chaque nouvel examen. Dans la plupart des cas, les brides dont il s'agit proviennent de phlegmasies ayant eu les organes génitaux pour point de départ. Dans les autres cas, elles sont consécutives à des appendicites, à des coliques hépatiques accompagnées d'irritation péritonéale, enfin à des ulcères de l'estomac ou du duodénum. Des médecins et des gynécologistes expérimentés ont pu se convaincre, après plusieurs examens que nous avons pratiqués ensemble, de l'existence de ce genre de péritonites chroniques localisées. Ce diagnostic fut confirmé dans la suite par le succès d'un traitement *ad hoc*. »

Ce n'est donc qu'en s'aidant des antécédents des malades que l'on pourra pencher vers l'une ou l'autre hypothèse : rétrécissement cicatriciel ou bride épiploïque.

Les adhérences à la vésicule biliaire peuvent, nous l'avons vu, donner naissance à des phénomènes douloureux analogues à des coliques hépatiques véritables. Ce diagnostic est le plus souvent impossible et c'est l'opinion de Riedel (d'Iéna) : « Les adhérences de la vésicule biliaire se manifestent par des douleurs de l'hypocondre droit ; mais le diagnostic différentiel avec la cholélithiasse est impossible. D'autre part, les adhérences de la vésicule peuvent être confondues, soit avec le foie syphilitique, soit avec des proces-

(1) Jœnicke, Congrès de Rome (mars-avril 1894).

sus cicatriciels de la région du pylore. Dans la syphilis du foie, ce viscère n'est pas toujours augmenté de volume ; le malade accuse, dans la région hépatique, des douleurs vagues et, de temps en temps, des attaques douloureuses violentes, de sorte que, en l'absence de données anamnestiques précises, le diagnostic n'est guère possible. »

Là encore, les antécédents du malade seront de précieux secours ; l'absence de syphilis, la constatation d'une péritonite antérieure, l'absence de calculs dans les selles et les adhérences éclaireront le diagnostic.

Les adhérences de l'épiploon dans le petit bassin sont souvent prises pour des annexites, plusieurs des observations citées en font foi. Si le chirurgien sent une masse dure, une tumeur douloureuse spontanément et à la palpation, il pourra confondre une masse épiploïque rétractée avec un hématocele, un pyosalpinx, un kyste de l'ovaire au début. Ici, plus que jamais, les antécédents seront utiles au diagnostic et la présence d'une phlegmasie du petit bassin, d'une laparotomie antérieure, de l'ablation faite par le vagin d'un organe pelvien, feront penser à l'épiploon adhérent.

Si les adhérences ne sont pas limitées à un seul organe et qu'elles englobent l'estomac, l'intestin, la vésicule, le diagnostic sera très difficile sinon impossible et une laparotomie exploratrice le fera.

Le traitement antérieur sera utile à connaître. Si les moyens médicaux ont échoué pour une dyspepsie douloureuse, si le mercure n'a rien donné pour un foie qui paraît ficelé à la palpation, si l'application de compresses froides, si la columnisation du vagin ou des tampons glycerinés n'a pas calmé les douleurs pelviennes, le diagnostic d'adhérences sera fait en désespoir de cause et la laparotomie sera justifiée.

TRAITEMENT

Certains auteurs pensent que le meilleur traitement des adhérences épiploïques se réduit à l'expectative. Roux (de Lausanne) conseille l'abstention, en se fondant sur la résorption presque constante des exsudats amenant la disparition des accidents. Il est certain que cette résorption spontanée s'observe souvent ; il faut attendre et recourir au traitement médical.

On donnera au malade une alimentation exclusivement liquide qui calmera ses douleurs en passant plus facilement aux endroits bridés ou parésiés ; on fera de la révulsion aux points douloureux par des vésicatoires, de la teinture d'iode pour amener et activer la résorption des adhérences ; on fera des émissions sanguines locales avec des sangsues pour combattre les exacerbations inflammatoires qui ne manquent jamais de se produire de temps à autre au niveau des brides ; on régularisera les selles par des purgatifs très légers. On aura ainsi, bien souvent, la satisfaction de

voir les accidents s'amender et les douleurs disparaître. C'est en somme l'histoire d'un grand nombre de sujets porteurs d'appendicites, de salpingites, de cholécystites, etc.

En faveur de cette abstention, on invoque encore un autre argument : c'est l'impossibilité où nous sommes de prévenir la formation d'adhérences nouvelles après une laparotomie ; l'intervention serait alors inutile puisque les adhérences vont presque fatalement se refermer. Riedel, qui conseille la laparotomie, amène après la lecture de son mémoire à ce scepticisme. Nous verrons plus tard que certaines manœuvres dirigées dans le but de prévenir la formation de nouvelles adhérences arrivent à un bon résultat dans un très grand nombre de cas.

Les observations fournies par M. Tédénat, celles que nous avons citées et celles que nous avons lues, nous engagent à suivre les voies de Nicaise et de Crédé, partisans de l'intervention.

Celle-ci grâce à l'apsesie est à peu près inoffensive pour le sujet, et, après avoir essayé quelque temps le traitement médical, c'est en somme le grand moyen de la destruction des adhérences.

Les opérés remercient le chirurgien de les avoir améliorés sinon guéris, de leur avoir permis de vaquer à leurs occupations et mener une existence normale.

Donc, lorsque plusieurs mois se sont écoulés et que les douleurs, loin de cesser, augmentent ainsi que les troubles fonctionnels, une intervention même exclusivement exploratrice est justifiée.

L'abdomen ouvert à l'endroit où les malades ressentent les douleurs, on recherche les adhérences.

Celle-ci sont parfois difficiles à trouver ; s'il est des cas où l'épiploon rétracté apparaît comme une bande presque

rigide au-dessus du pubis, il en existe d'autres ou de fines brides se détachent de sa face postérieure et demandent une grande attention, une grande habitude pour les distinguer.

On détache avec les doigts celles qui sont celluleuses, on excise les fibreuses entre deux ligatures. Les cas les plus difficiles sont ceux d'adhérences intimes et étendues avec fusion complète des parois. Une perforation de l'organe adhérent à l'épiploon est à craindre, et une grande prudence est nécessaire. Il faut quelquefois sculpter les organes dans le tissu fibreux et extirper complètement celui-ci.

Pour éviter la reproduction des adhérences, il faudra prendre certaines précautions; nous allons réunir les idées des auteurs et donner la conduite à tenir pendant la laparotomie.

En premier lieu, on évitera le contact prolongé de l'air en recouvrant les séreuses et les intestins de compresses éponge. On excisera les adhérences en se servant le plus possible du thermo-cautère. Kelterborn a constaté que la section ainsi faite laisse une cicatrice lisse. C'est un moyen pour éviter les surfaces cruentées. On n'emploiera pas d'antiseptiques forts qui favorisent, nous l'avons vu, l'exsudat inflammatoire. On asséchera le péritoine, on surveillera les ligatures et on fera l'hémostase d'une façon aussi parfaite que possible. S'il est impossible d'empêcher du pus de tomber sur la séreuse, on la lavera avec la solution de Tavel (NaCl 7 g. 50 — CO_3Na^2 2 gr. 50 pour un litre d'eau tiède). Enfin si l'épiploon est retractoré on essayera de l'étendre. Si on est obligé de faire des pédicules intra-abdominaux, on

aura recours au procédé décrit par Laroyenne et exposé par Condamin (1).

Ce procédé est la péritonisation.

« Nous sommes loin de prétendre qu'avec la péritonisation on évitera toujours les adhérences qu'un péritoine irrité est toujours prêt à contracter ; mais ce qu'on peut affirmer, c'est qu'elles seront autrement rares et ne présenteront pas la même gravité.

» Un autre avantage réside dans la suppression d'une exsudation qui viendrait rendre à près inutile la toilette soigneuse que l'on a faite de la séreuse péritonéale après l'intervention. Les avantages de cette suppression nous semblent, dans l'état actuel de nos connaissances sur la chirurgie abdominale, tellement évidents, qu'il nous semble superflu d'insister sur ce point.

» La péritonisation des pédicules intra-abdominaux est-elle toujours possible ? Nous croyons pouvoir répondre par l'affirmative, et, en tous cas, si par suite de circonstances particulières (pertes de substances trop étendues du péritoine ou pédicules sessiles) la chose n'était pas praticable, il vaudrait mieux employer ce que nous avons appelé un « Mikulicz de sécurité », avec fil d'attente qui sera enlevé aussitôt que possible, plutôt que de s'exposer aux inconvénients du suintement intra-péritonéal d'une surface cruentée.

» Le manuel opératoire pourra varier suivant les opérations. Le pédicule est-il volumineux ? Il faudra, au-dessus du lien constricteur hémostatique, garder une collerette un peu étendue du péritoine ou réséquer une portion de la partie

(1) Condamin, *Lyon Médical*, 1894.

centrale des tissus, afin de ne pas exercer une traction trop vive sur la couverture péritonéale. Cette précaution sera superflue, si le pédicule est petit ou moyen.

» Voici comment l'on procède à la clinique gynécologique du professeur Laroyenne. Pendant qu'un aide maintient, par le fil constricteur ou une pince hémostatique, le pédicule de la cavité abdominale, on fait un surjet au catgut fin avec une petite aiguille à suture.

» Cette suture, si l'on veut obtenir un recouvrement parfait, ne doit intéresser que le péritoine et la lame conjonctive qui le double. On adosse alors, comme pour les deux lèvres d'une plaie cutanée, les bords de la séreuse. Ainsi se trouve péritonisé la surface cruentée d'un pédicule. En somme, on procède de cette façon absolument comme nombre de chirurgiens se comportent vis-à-vis d'un moignon utérin, après une hystérectomie abdominale, quand ils emploient la méthode du pédicule perdu. Les points du surjet doivent être assez rapprochés, sans quoi quelques fragments de la partie centrale du pédicule s'interposent entre les lèvres de la collerette du péritoine, ce qui rendrait illusoire la péritonisation.

« Nous pourrions relater ici une observation très probante où l'on vit la surface cruentée d'un pédicule de kyste de l'ovaire venir adhérer à l'intestin et déterminer des phénomènes d'occlusion qui ont entraîné la mort de la malade. La péritonisation du pédicule aurait très vraisemblablement évité cette complication. Cette observation doit être publiée et le chirurgien qui a observé cet accident, actuellement chaud partisan de la péritonisation des pédicules intra-abdominaux, ne manquera pas de faire ressortir tous les avantages de cette méthode, qui est employée systématiquement et depuis fort longtemps par le professeur Laroyenne. »

On peut encore pour éviter le contact de deux surfaces cruentées suivre le conseil de Nové-Josserand.

Il conseille de mettre en jeu immédiatement après l'opération et les jours suivants la mobilité de l'intestin par des purgatifs. On obtient ainsi que les adhérences nouvelles, s'il s'en forme, soient assez lâches pour ne pas gêner le fonctionnement des organes et n'être pas exposées à des tiraillements trop considérables.

CONCLUSIONS

I. — Il existe des adhérences du grand épiploon avec les organes qui lui sont plus ou moins contigus.

II. — Ces adhérences sont le reliquat de phlegmasies de la cavité abdominale. Elles sont favorisées pendant les laparotomies par : *a*) le contact prolongé de l'air, *b*) les antiseptiques trop énergiques, *c*) par une hémostase imparfaite.

La grande cause est surtout la mobilité de l'épiploon qui, organe sensible, va au devant de l'inflammation pour la combattre et la circonscrire.

III. — Le diagnostic de ses adhérences se fait par exclusion et en interrogeant minutieusement la malade sur les moindres accidents infectieux qu'il a présentés dans la cavité abdominale.

IV. — Le traitement se réduit à la laparotomie, permettant d'exciter les adhérences causes de troubles ; un traitement médical suffit parfois à les faire disparaître. Elles seront surtout empêchées par la péritonisation des pédicules abdominaux pendant la laparotomie.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 19 juillet 1905.

Le Doyen,

MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 19 juillet 1905.

Le Recteur,

Ant. BENOIST.

BIBLIOGRAPHIE

- ASTHON (W.-E.). — Pathologie des obstructions intestinales consécutives aux opérations abdominales et pelviennes (The medical News, 30 juillet 1892).
- ATEUEDER (J.). — Adhæsiones peritoneales inferiores.
- BALINSKY. — Berlin. klin. Woch., 1889.
- BANDL. — Die krankheiten der tüben die ligamente des becken peritoneum (Deutsche Chirurgie, 59).
- BAZY. — Présentation d'un épiploon enflammé (Bul. et mém. Soc. de chir., 1900).
- BOUQUET DE JOLINIÈRES. — Adhérences péritonéales. Phénomènes douloureux (Th. de Lyon, 1896).
- BRAQUEHAYE. — Des adhérences épiploïques après la laparotomie (Gaz. hebdom. des soc. méd. de Bordeaux, 1900).
- CAVAILLON. — Périgastrite adhésive dans le cancer de l'estomac (Revue gynécologique, 1904).
- CONDAMIN. — Péritonisation des pédicules intra-abdominaux (Lyon méd. 1895).
- CRÉDÉ. — Traitement chirurgical des coliques graves (Revue des sciences méd. de Hayem, t. XXXI).
- DEFAYE. — Histoire anatomique des inflammations adhésives (Th. de Paris, 1839).

- FRÄNKEL (Alex.). — Centralblatt für Chir., 1892.
- FURBRINGER. — Zur frage der peritonealen verwachsungen nach unfällen (Aerztl. sachvershand, Ztg., 1897).
- GAY (G.-W.) — Boston med. Journal, 13 janvier 1887.
- GERSUNY. — Über ein typische peritoneale adhœsion (Verhandlungen des 28 congresses der deutsche gesellschaft für Chirurgie, Berlin, 1899).
- GRASER. — 24^{me} Congrès de la Société allemande chirurgie (Berlin, avril 1895).
- KATONNSKI (E.-I.). — Des adhérences péritonéales (Vratch. St-Pétersbourg, 1901).
- KELTERBORN. — Centralblatt für Gynœk., 1891.
- LAUENSTEIN. — Verwachsungen und netzstränge in leibe als ursache an dauernder, schwerer koliken (Arch. für klin. Chir., 1393).
- LAWSON-TAIT. — Medical Times, 19 juillet 1834.
- LEJARS. — Semaine médicale, 19 4.
- LEVREY. — Du rôle de l'épiploïte aiguë ou chronique au cours des appendicites (Th. de Paris, 1859).
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Epiploïte subaiguë due à une torsion du pédicule épiploïque (Bul. et mém. Soc. anat. de Paris, 1901).
- Epiploïte spéciale constituant une volumineuse tumeur (Bul. et mém. Soc. de chir. de Paris, 1900).
- MARTEL. — Pathogénie de l'épiploïte secondaire. Rôle protecteur de l'épiploon. (Loire méd. St-Etienne, 1902).
- MAYO ROBSON. — De la dilatation de l'estomac consécutive à des adhérences pyloriques et du traitement chirurgical de cette affection (Semaine médicale, 1893).
- MILIAN. — Gazette des hôpitaux, 1899.
- MORESTIN. — Epiploïte consécutive aux opérations des hernies (Gaz. des hôp. de Paris, 1900).
- MULLER PETER. — Discussion de la Soc. méd. pharm. de Berne, septemb. 1893.
- NICAISE. — Des adhérences péritonéales douloureuses (Rev. de chir., 1894).
- NIMIER. — Des épiploïtes dans l'appendicite (Bul. et mém. Soc. de chir. de Paris, 1900).
- NOACK. — Peritoneale verwachsungen nach schweren bauchquetschungen als ursache andauernder und schweren koliken (Mitteil. aus den grenzgeluchten der med. und chir., 1899).
- NOEL HALLÉ. — De l'occlusion par adhérences et coudure de l'intestin (Rev. de chir., 1887).

- NOVÉ-JOSSERAND. — Des adhérences péritonéales douloureuses (Lyon méd., 1897).
- OBOLINSKI. — Berl. klin. Wochens., 1889, n° 12.
- PAGET. — Des rétrécissements fibreux de l'intestin grêle (Thèse Paris, 1877).
- PATON (E.-P.). — The surgical treatment of perigastric adhæsiions (Lancet, 6 février 1904).
- POZZI. — Traité d'obstétrique. Adhérences sur corps fibreux.
- RIEDEL. — Uber adæsiventzündungen in der bauchhøle (Archiv. für klinische Chirurgie, 1894).
- SOENGER. — Semaine médicale, 1893.
- SÄLZER. — Wien klin Woch., 1883, n° 3.
- SCHIFFER. — Centralblatt f. Gyn., 1894.
- SVOECHOTOFF (A.). — Des adhérences perétonéales (Med. Obozr. Mosk. 1900).
- VAUTRIN. — Périgastrite adhésive (Revue gynécologique, 1904).
- WALTHARD. — Corresp. Blatt. f. Schweizer Aerzte, août 1893).
- WILLEMS. — Epiploïte suppurée (Ann. Soc. belge de chir., Brux., 1902).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !